Ueber

Carcinoma uteri.

Inaugural-Dissertation

der medicinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

von

Julius Hilgenstock,
approb. Arzt aus Werden a/d. Ruhr.

Jena 1890.

Druck von G. Neuenhahn.

Genehmigt von der medicinischen Fakultät auf Antrag des Herrn Geheimen Hofrath Dr. Schultze.

Jena, den 17. März 1890.

Prof. **Riedel**,
d. Z. Dekan.

Unter den in den beiden Jahren vom März 1886 bis zum März 1888 auf der stationären Frauenklinik zu Jena zur Beobachtung gekommenen 543 Kranken befanden sich 51 Fälle von Gebärmutterkrebs. Die Fälle sind in übersichtlicher Darstellung gegeben kurz folgende. cf. Tabellen.

Was zunächst das Alter der betreffenden Frauen anbetrifft, so waren unter ihnen nur zwei, welche das 30ste Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, während nur eine das 70ste Jahr bereits überschritten hatte.

Nach Decennien geordnet, stellt sich das Alter der Patientinnen folgendermassen zusammen:

Alter der Kranken:	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80
Zahl der Kranken:	2	14	13	15	5	1

Somit beträgt das Durchschnittsalter der Erkrankten, wenn man Fall 38 unberücksichtigt lässt, da das Alter dieser Frau wegen ihrer allzugrossen Stupidität nicht zu constatiren war, 46,9 Jahre.

Für die Aetiologie ist es nicht ohne Bedeutung, dass in der Mehrzahl der Fälle die betreffenden Individuen unter den nachtheiligen Einwirkungen der Schwierigkeiten des Erwerbes zu leiden hatten, während nur eine ganz geringe Anzahl der erkrankten Frauen sich unter günstigeren Lebensverhältnissen befanden.

Von jeher ist noch als ein besonderes ätiologisches Moment bei der Entstehung des Gebärmutterkrebses die Zahl der überstandenen Geburten betrachtet worden. So finden wir auch bei fast allen hier zur Beobachtnng gelangten Patientinnen, dass dieselben bereits mehr oder minder viele Geburten überstanden hatten. Von den 51 Carcinomkranken waren zwei steril, von einer wurde

eine Geburt nicht zugestanden, obwohl bei derselben sonst Zeiche
einer solchen vorhanden waren. In der folgenden Berechnun
schliesse ich zwei Fälle aus. In einem Falle hatte die Krank
die Klinik vor Aufnahme der Anamnese bereits verlassen, im an
dern Falle waren die Angaben der Erkrankten überhaupt z
unsichere. Zähle ich die angegebenen Geburten zusammen, so er
giebt sich eine Summe von 275 Geburten, welche sich auf 4
Frauen vertheilen, so dass im Durchschnitt auf jede der Erkrank
ten eine Zahl von 5,6 Geburten fällt. In welcher Weise nun di
Geburt ihre Einwirkung auf die Entstehung des Carcinoms gel
tend macht, wird sich wohl nicht mit Sicherheit bestimmen lasser
jedoch darf man wohl annehmen, dass der Einfluss mit ein trau
matischer ist, wenigstens spricht dafür die allgemeine Beobach
tung, dass das Carcinom in der überwiegenden Anzahl der Fäll
vom Cervix ausgegangen war, und es gerade dieser Theil is
welcher bei der Geburt am meisten in Mitleidenschaft gezoge
wird. Dass bestimmte vorausgegangene Erkrankungen von ätio
logischer Bedeutung für die Entstehung des Uteruscarcinoms sinc
lässt sich nach den gemachten Angaben der Frauen nicht erken
nen, da nur in ganz seltenen Fällen eine vorangegangene der
artige Erkrankung zu konstatiren war.

Von den Symptomen, welche das Leiden hervorruft, sind al
die wichtigsten die Blutungen und der Ausfluss zu betrachter
Diese Erscheinungen waren es auch, welche die Patientinnen zu
erst angetrieben hatten, ärztliche Hilfe anzusprechen. Die Blu
tungen zeigten sich entweder als aussermenstruelle Blutung, ode
als profuse Menstruation. Sie waren theils stärker, theils schwächer
vielfach continuirlich, meistens jedoch mit tagelangen Unterbrech
ungen. Von manchen Frauen wurde die Angabe gemacht, das
bereits vor mehreren Jahren die Menopause eingetreten, dass abe
jetzt die Blutung unter Schmerzen wieder zurückgekehrt sei, nu
nicht so regelmässig wie früher. Vielfach ergab die Anamnese
dass der Blutabgang sich hauptsächlich nach Aufregungen un
körperlichen Anstrengungen einzustellen pflegte.

Ueber Ausfluss hatten nur etwa 8 Frauen nicht zu klager
über übelriechenden Ausfluss wurde nur ganz selten geklagt, wen
derselbe aber vorhanden war, wurde meistens von den Fraue

dazu angegeben, dass er erst seit kurzem so geworden sei. Das Aussehen des Ausflusses war bei den einzelnen Kranken ein sehr verschiedenes, je nachdem mehr oder weniger Blutklumpen oder Gewebsfetzen beigemischt waren.

Als sonstige Symptome fanden sich theils heftigere, theils weniger heftige Schmerzen vor. Sie wurden als Unterleibs-, Kreuz- und Rückenschmerzen bezeichnet, die auf einen Ort beschränkt waren, meistens jedoch einen lancinirenden Character zeigten.

Das übrige Befinden der Kranken war kein besonders gutes. Viele litten an hartnäckiger Verstopfung, nur wenige an Durchfällen. Dazu gesellten sich Appetitlosigkeit und bei den meisten noch Harnbeschwerden im weitesten Masse. Oedeme, wie man sie sonst wohl bei Frauen, welche an Gebärmutterkrebs leiden, häufiger findet, waren nur in zwei Fällen vorhanden. Ebenso wurden nur in einem Falle stärkere Erscheinungen von Uraemie, die oft am Schluss der Krankheit auftritt und zuletzt noch mildernd auf das Leiden der mit Carcinom Behafteten einwirkt, beobachtet.

Da die Carcinome bereits weit vorgeschritten waren, als sie zur Beobachtung kamen, so konnten sie ohne Schwierigkeit und mit Sicherheit leicht diagnosticirt werden, nur in einem Falle war man noch zweifelhaft, ob es sich wirklich um Carcinom handele, hier ergab die daraufhin angestellte mikroskopische Untersuchung die Richtigkeit der Vermuthung. Da für die von Gebärmutterkrebs befallenen Frauen die Prognose als infaust zu bezeichnen ist, allein ausgenommen die Fälle, in denen Indication auf Entfernung des ganzen Carcinoms gestellt werden kann, so legt bei diesen spät zur Beobachtung kommenden Gebärmuttercarcinomen der Schwerpunkt der Prognose in der Diagnose des Umstandes, ob das Carcinom noch exstirpirt werden kann.

So lange das Carcinom auf die Gebärmutter beschränkt bleibt, liegt diese Möglichkeit vor durch Exstirpation der ganzen Gebärmutter. Die Ausbreitung des Carcinoms in das Beckenbindegewebe speciell in die Lig. lata ist der Umstand, welcher der Möglichkeit, das ganze Carcinom zu exstirpiren, bestimmte Grenzen setzt.

Nur dann, wenn zwischen den Krebsknoten des Lig. lat. und der Wand des Beckens noch Raum genug ist, um Ligaturen zu

legen und medianwärts von denselben im gesunden Gewebe den Schnitt zu führen, kann die Exstirpation des Carcinoms mit Aussicht auf Erfolg unternommen werden. Die Diagnose, ob diese Möglichkeit vorliegt, wird allemal in Chloroformnarcose durch hohe Palpation vom Rectum aus mit 2 Fingern bei gleichzeitiger Tastung von Vagina und Abdomen aus gestellt. Auf Grund solcher Untersuchung mussten von den 51 hier in der genannten Zeit beobachteten Frauen 37 als inoperabel von vornherein zurückgewiesen und mithin die Prognose als ganz schlecht bezeichnet werden. Von diesen 37 Frauen sind bis Juni 1888 bereits 26 gestorben. Unter den 11 noch Lebenden befinden sich aber 7, welche in diesem Jahre, also erst vor kurzem zur Beobachtung gekommen sind.

Die Behandlung des Uteruscarcinom zerfällt in eine symptomatische und radicale. Letztere wird stets eine operative sein müssen, wobei die Cervixamputation, die Corpusamputation und die Totalexstirpation in Betracht kommen. Für die Anwendung dieser operativen Methode ist es von der grössten Wichtigkeit, dass die betreffenden Carcinome frühzeitig erkannt werden und zur Behandlung kommen. Die meisten Kranken nehmen jedoch erst dann ärztliche Hilfe in Anspruch, wenn das Carcinom bereits desolat geworden ist oder so weit vorgeschritten, dass nach einer operativen Entfernung die Aussicht auf ein Recidiv eine ziemlich sichere ist. Wie ungünstig in dieser Beziehung die Verhältnisse sind, lehren die hier gemachten Beobachtungen, wo unter 51 Fällen 37 Mal die Operation als ganz aussichtslos abgelehnt werden musste und bei den 14 operirten Fällen die Prognose in Bezug auf Recidiv oft ungünstig war, weil das Carcinom die ligamenta lata bereits ergriffen hatte. Auch auf die Wand des Rectum und der Blase greifen die Carcinome zuweilen über und auch von hier könnte Contraindication eintreten. Doch selbst solche zweifelhaften Fälle sind zu operiren. Schultze sagt hierüber in seiner Abhandlung über Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus (Deutsche Medicinal-Zeitung 1885): „Man kann über den Werth solcher Operationen verschiedener Meinung sein. Ich halte schon ein paar Monate ungetrübten Wohlbefindens für einen Gewinn und glaube, die Patientinnen sind meistens der gleichen Meinung. Zudem sind die Symptome, unter denen solche Kranke an einem

nicht ulcerirten Peritonealkrebs zu Grunde gehen, weit weniger jammervoll als die eines offenen Uteruskrebses." Wenn man ohne Verletzungen, die einen tödtlichen Ausgang bedingen, alles Palpable zu entfernen Aussicht hat, dann soll man operiren, selbst wenn Gründe vorliegen, die die Aussicht auf ein Recidiv als sehr wahrscheinlich hinstellen; steht aber in Aussicht, dass palpables Carcinom zurückgelassen werden muss, oder steht in Aussicht, dass nur mit Verletzung der Blase oder des Rectum die totale Entfernung des Carcinoms bei gleichzeitiger Eröffnung des Peritoneum ausführbar sein wird, dann ist es besser eine Radicaloperation gar nicht zu unternehmen. In diesen Fällen, wo die Möglichkeit der Radicaloperation ausgeschlossen ist, ist man auf symptomatische Behandlung beschränkt. Hier wird man, um den Kranken einigermassen ihr Leiden zu erleichtern, hauptsächlich auf die Stillung der Blutung und gegen den übelriechenden Ausfluss sein Augenmerk richten müssen. Es wurden bei den erwähnten Fällen die verschiedensten Mittel angewendet, um diesem Zwecke gerecht zu werden, je nach der Individualität des Falles. Bei einigen wurden Auskratzungen mit nachherigen Aetzungen vorgenommen, bei anderen kam das Ferrum candens in Anwendung, wieder andere, besonders solche, bei denen das Carcinom äusserlich ganz zerklüftet und zerfallen war, bekamen Jodoformeinstäubungen, die meisten wurden mit desinficirenden Scheidenausspülungen behandelt. In der Absicht, eine radicale Heilung noch zu erzielen, wurden 14 Fälle operirt. Von den anwendbaren Methoden wurde bei 12 Kranken die vaginale Totalexstirpation gemacht, bei 2 die hohe Cervixamputation vorgenommen. Beide Fälle sind am Schluss der übersichtlichen Tafeln angeführt. In einem dieser beiden Fälle, bei der Frau Solbrig, wurde erst während der Operation ersichtlich, dass die beabsichtigte Radicaloperation nicht mehr ausführbar war; es wurde von der Eröffnung des Peritoneum abgestanden, weil sich herausstellte, dass das Carcinom wegen Straffheit der Ligamente nicht umschnitten werden konnte. Am 6ten Tage nach der Operation stellte sich eine Ureterfistel ein, die sich nach 17 Tagen spontan wieder schloss. Der Zustand der Frau besserte sich für kurze Zeit, bald stellten sich jedoch die alten Beschwerden wieder ein.

Im Falle Funke, wo sich das Carcinom noch ganz im Beginn befand, wurde ebenfalls die hohe Cervixamputation gemacht. Die Narbe heilte glatt und hat sich bisher kein Recidiv gezeigt. Nach eingezogenen Erkundigungen äusserte sich die Operirte, dass ihre früheren Beschwerden vollständig verschwunden seien. Die vaginalen Totalexstirpationen, welche gemacht wurden, will ich hier der Reihe nach kurz besprechen.

1. Amalie Keucher, 45 Jahre alte Handarbeiterfrau aus Jena, wurde am 19./VIII. 1886 in die Klinik aufgenommen. Als Kind hatte sie Masern, sonst stets gesund. Menstruirte seit ihrem 18ten Jahre, 3wöchentlich, 4tägig reichlich. Während der Regel häufig Erbrechen und Kopfschmerzen. Letzte Regel vor 4 Wochen war sehr reichlich. Patientin ist steril, seit dem 31sten Jahre verheirathet.

Vier Wochen vor ihrer Aufnahme in die Klinik bekam Patientin plötzlich Diarrhoe. Der Stuhl war schleimig und der Urin trübe. Dieser Zustand dauerte 3 Tage an, darauf trat eine Woche vollkommenen Wohlbefindens ein. Vor 14 Tagen wurde sie von Schmerzen in der linken Seite befallen, mehrmals gingen dicke Blutklumpen ab; vor 4 Tagen trat eine mehrere Stunden andauernde Blutung auf. Ausserdem hat die Kranke noch über Appetitlosigkeit, Mattigkeit und Rückenschmerzen zu klagen.

Die Untersuchung ergiebt folgendes Resultat:

Damm ist intact, Vulva schliesst, einzelne Theile des Hymen sind vorhanden, Portio mässig gross, hart, höckrig. Corpus uteri retrovertirt rechts, leicht reponibel in Anteflexion, cervix bleibt dabei ziemlich unverrückt. Der Cervix ist voluminös, gegen die linke Beckenwand mit einem 2 fingerbreit langen, straffen, nicht infiltrirten Ligament angeheftet. Rechts erstreckt sich die Neubildung etwas ins Scheidengewölbe nach der Seite, jedoch nicht in's ligamentum latum hinauf. Die Anheftung ist auch rechts ziemlich straff und kurz, aber nicht knotig. Linkes Ovarium klein, frei beweglich, etwa von halber Dimension eines geschlechtreifen. Rechtes ebenso klein, dem narbigen lig. lat. aufliegend, wenig beweglich. Oberfläche der Blase scheint glatt zu sein. Bei Einführung einer Sonde in die Blase constatiert man, dass das Carcinom kaum 1 cm von der hinteren Blasenwand entfernt ist.

Diagnose: carcinoma cervicis uteri. Indicatio: Vaginale Total-exstirpation.

Die vaginale Totalexstirpation fand am 31./VIII. 1886 statt. Zunächst musste, um Zugang zu gewinnen, der Damm rechts aufgeschnitten werden; sodann wird das mit Muzeuxs-Zangen gefasste Carcinom umschnitten und die Blase abgetrennt. Nach Eröffnung des Douglas'schen Raumes wird der retrovertirte Uterus durch das hintere Scheidengewölbe vorgeleitet. Rechts werden 2 Ligaturen von der Tubenkante an gelegt, links wird eine Umstechung gemacht, dann eine Pince angelegt und medianwärts alles durchschnitten; lateralwärts hiervon werden mit grossen Schwierigkeiten 2 Unterbindungen angelegt. Der Rest des rechten Ligaments wird in 3 Portionen unterbunden; sodann wird der Uterus entfernt. Rechts wird noch ein einzelnes Gefäss isoliert unterbunden. Mit kleinen Schwämmen wird das Peritoneum ausgetupft, keinerlei Blutung, Peritoneum wird, wie auch in den folgenden Fällen, mit Scheidenschleimhaut vernäht, die Wunde wird soweit verkleinert, dass ein fingerdickes Drain eben noch ins Peritoneum eingeführt werden kann. Der Damm wird mit fortlaufender Naht genäht, Vagina mit Jodoformgaze lose tamponiert. Der Urin mit Katheter entleert ist vollkommen klar. I. IX. Jodoformgaze ist blutig serös durchtränkt, mässige Menge Blut in der Vorlage; Drain wird entfernt, es entleert sich ein Esslöffel blutiger Flüssigkeit, Tamponade der Vagina mit Jodoformgaze.

Drain wird gewöhnlich nach 24 Stunden entfernt, die Tamponade mit Jodoformgaze wird je nach der Menge und Beschaffenheit des Ausflusses alle 1—3 Tage erneuert. Vom ersten Tage nach der Operation bis zum 6ten bestehen Temperatursteigerungen bis $39{,}2^0$, der Puls ist meist unter 100. Dann folgt ein fieberhafter Verlauf. Am 9ten Tage nach der Operation entsteht eine starke Blutung links hinten, welche nach vergeblichen Stillungsversuchen mit liq. ferri und Jodoformgazetamponade durch directe Compression zum Stehen gebracht wird, indem 30 Minuten lang ein an einer Zange befestigter Wattenbausch die blutende Stelle an die linke Beckenwand drückt. Die Patientin erholte sich ziemlich rasch. Am 21./IX. werden die ersten Suturen entfernt. Bei der Entlassung am 12./X. 1886 sehen die Granulationen im

Scheidengewölbe etwas suspect aus, sie fühlen sich etwas hart an, bluten ziemlich leicht. Am 2./II. 1887 wird Patientin wieder aufgenommen. In der Mittellinie am Ende der Vagina sind einige Härten zu fühlen, links davon knollige Härten, die sich bis nahe an den Beckenrand erstrecken. Zwischen den Knollen und dem Beckenrande befindet sich sehr straffes Gewebe.

Da schon bei der Exstirpation des Uterus eine Dehnung des Gewebes fast unmöglich war, so muss eine nochmalige Operation für unausführbar erklärt werden.

Am 13./V. 1887 ist vom Rectum aus eine kleine Resistenz zu tasten, wohl geschwollene Lymphdrüsen.

2./III. 1888. In der Vagina finden sich Faeces vor. Man sieht 7 cm von der Urethramündung Carcinomrand. Die Blase communicirt nicht mit der Höhle.

9./III. 1888. Bei jedem Stuhlgang tritt Koth aus der Scheide aus. Das Urinlassen ist ohne Beschwerden. In die Vagina eingehend fühlt man 4 cm vom Introitus entfernt die Vagina ringförmig umgeben von einem harten Wall; der Ring lässt zwei Finger passiren in eine Höhle, die von harten Neubildungsmassen ausgefüllt ist. Per Rectum tastend constatirt man, dass Neubildungsmassen weit nach dem Beckenrand sich erstrecken. Am 2./IV. 1888 erfolgte der Tod.

2. Frau Todt, 28 Jahre alte Webersfrau aus Gera, wurde am 14./XI. 1886 in die Klinik aufgenommen. Als Kind hatte sie Scharlach, sonst war sie stets gesund. Menstruirt wurde sie mit dem 17ten Lebensjahre, regelmässig, 4wöchentlich, 3—4 Tage anhaltend, mässig reichlich, ohne Beschwerden. Sie hat 3 mal geboren. Bei der zweiten Geburt kam die Zange zur Anwendung, sonst waren die Geburten und Wochenbetten normal. Seit Anfang 1886 werden die Blutungen stärker, 14 Tage Blutung, 14 Tage Pause. Seit Juni 1886 traten die Blutungen 3wöchentlich auf, hielten 5 Tage an und waren sonst ohne Beschwerden. Seit August hat sich starker, weisser Ausfluss eingestellt. Dazu kamen vor einigen Wochen Schmerzen im Unterleib. Das Wasserlassen wird der Patientin schwer, ihr Appetit ist gut, der Stuhlgang unregelmässig und hart. Der Uterus ist mässig gross, anteflectirt. Beide ligamente sind straff, besonders das linke, keine Knoten darin. Das linke

ist vollständig von Infiltration frei. Rechts geht das Carcinom und auch die Ulceration weit über den Uterus hinaus, der weiter lateral gelegene Theil des ligamentum ist etwas straff, immerhin aber etwas mehr als fingerbreit weit frei von Carcinom. Die beiden Ovarien sind unvergrössert, das rechte liegt nahe an der Beckenwand, ist nicht ganz frei beweglich, das linke liegt hinten im Becken, scheint an der Douglas'schen Falte etwas angelöthet zu sein. Indication: Vaginale Totalexstirpation, da rechts und links hinreichend freier Raum ist. Auch die Herausnahme der Ovarien scheint bei der Jugend der Frau indicirt, um etwaigen späteren Menstrualbeschwerden entgegen zu treten.

Die vaginale Totalexstirpation am 25./V. 1886. Die Umschneidung des Carcinoms wird auf der hinteren Seite begonnen und der Schnitt hinten herum nach rechts weiter geführt. Nachdem die Abtrennung des Cervix von der Blase bis auf einen kurzen Rest vollendet ist, wird das Peritoneum im Douglas'schen Raum eröffnet und mit der hinteren Scheidenwand vernäht. Der Uterus wird retroflectirt und vorgeleitet und die Abtrennung der Blase vollendet. Beide ligamente werden unterbunden, nach deren Durchschneidung ein rechts im Beckenbindegewebe stehen gebliebener Carcinomknoten noch besonders entfernt. Die Wunde wird verkleinert, in's Peritoneum Drain eingelegt, welches an die vordere Scheidenwand angenäht wird, Jodoform auf die Wunde gestreut und die Vagina mit Jodoformgaze tamponirt. Patientin hat Temperatursteigerungen bis $39,_7{}^0$ ohne erhebliche Beschwerden bis zum 13ten Tage. An drei Tagen steigt die Temperatur bis 39 und $39,_7{}^0$, an den anderen Tagen hält sie sich unter $38,_8{}^0$. Pulsfrequenz ist meist 110—118. Am 6ten Tage Stuhlgang, fest, ohne Beschwerden. Der Appetit ist gut, Schmerzen sind nicht vorhanden, Ausfluss ist mässig reichlich, nicht riechend, zeigt eine Zeit lang ein dickeitriges Aussehen. Am 16./I. 1887 wird Patientin entlassen. Man fühlt links von der Narbe eine Härte, ob nur Narbe oder Neubildung lässt sich noch nicht entscheiden.

Am 13./II. 1887 stellt sich die Operirte wieder vor.

Bis vor 8 Tagen war nur geringer Ausfluss vorhanden, seit 8 Tagen ist er bedeutend stärker und übelriechend geworden. In der linken Seite sind Schmerzen vorhanden, seit 8 Tagen auch

im Kreuz, die in's Bein ausstrahlen, dabei brennende und drückende Schmerzen in der Harnröhrengegend. Stuhlgang ist angehalten. Ein Recidiv ist vorhanden. In der linken Seite fühlt man Unebenheiten. Ulcerationen sind da. Von Blutung ist keine Spur, Ausfluss reichlich. Eine Inspection in Knieellenbogenlage ergiebt in der Tiefe der Wunde starke Ulceration.

Am 1./VII. 1887 ist Patientin gestorben.

3. Frau Mende, 52 Jahr alte Gärtnerswittwe aus G., wurde am 4./I. 1887 in die Klinik aufgenommen. Als Kind bis auf Masern gesund. Mit 13 Jahren wurde sie menstruirt, regelmässig, 4wöchentlich, 5—6 Tage lang, ohne Schmerzen. Sie hat 3 Mal rechtzeitig geboren, 1 Mal abortirt im 2ten Monat, die erste Geburt wurde durch Kunsthilfe beendet, die beiden anderen verliefen normal, ebenso die Wochenbetten. Im 48sten Jahre wurde die Regel unregelmässig, Menopause im 49sten Jahre. Seitdem besteht fortwährender Ausfluss, welchem seit $1/2$ Jahre Blutspuren beigemengt sind, gleichzeitig traten Kreuzschmerzen auf und ziehende Schmerzen in den Hüften, welche bis auf die Waden hinabgingen.

Die Untersuchung ergiebt folgendes: An Stelle der Portio eine über thalergrosse, ziemlich harte Ulcerationsfläche, der fundus uteri liegt zurückgelehnt links vom Promontorium. Cervix verdickt. Der links gelegene Tumor, welcher als corpus uteri anzusehen ist, zeigt an seiner hinteren Fläche einige kleine Hervorragungen. Rechts davon ein breit aufsitzender, harter Tumor, vielleicht ein kleines Myom. Lateral ist rechts das ligamentum weich und zart, das linke in seinen untersten Parthien straff, doch ohne Knoten. Der Uterus in toto ist ziemlich beweglich. Die Scheide ist kurz, Vaginalportion stark granulirt. Um die Portio herum ist kein freies Scheidengewölbe, sondern harte Massen, ebenso in dem oberen Theile der hinteren Scheidenwand einige harte Knötchen. Die mikroskopische Untersuchung der Neubildung ergiebt Carcinom. Am 22./I. 1887 wird die Totalexstirpation ausgeführt. Die Blase wird stumpf dicht am Carcinom abgetrennt; dasselbe reicht so dicht an die Blase heran, dass diese selbst verdächtig erscheint. Dann wird das hintere Scheidengewölbe gespalten, der Douglas'sche Raum eröffnet. Der

Uterus wird vorgeleitet und die Ligamente unterbunden. Das rechte Ligament, welches in 2 Portionen unterbunden wurde, wird wegen einiger verdächtiger Stellen noch weiter lateralwärts abgebunden. Der Uterus wird nach Unterbindung des Ligaments entfernt. Der vermittelst des Katheters in der Blase entleerte Urin ist etwas blutig, die Blase jedoch unverletzt. Die Scheidenwand wird verkleinert, Drain eingeführt, Jodoform auf die Wunde gestreut, Jodoformgaze eingelegt.

In den nächsten Tagen nach der Operation hat Patientin häufiger erbrochen, die Temperatur stieg am 3ten Tage bis auf $37,_9{}^0$, am 8ten Tage war die Temperatur $38,_1$, sonst normal. Schmerzen sind nicht vorhanden. Ausfluss ist wässerig, reichlich, nicht riechend. Urin ist am ersten Tage noch etwas blutig gefärbt. Stuhlgang erfolgt am 6ten Tage nach der Operation ohne Beschwerden. Am 2./III. wird die letzte Ligatur entfernt. Per rectum fühlt man narbige, harte Massen, nach den Seiten, besonders nach links gehend. Patientin wird entlassen. Sie hat sich mehrere Male zur Revision eingestellt, die Narbe sieht tadellos aus, es ist nichts auf Recidiv Verdächtiges zu bemerken.

4. Frau Hesse, 38 Jahre alte Uhrmachersfrau aus B., wurde am 17./III. 1887 in die Klinik aufgenommen. Als Kind war sie gesund, im 29sten Jahre Nervenfieber. Menstruirt wurde sie mit 13 Jahren, regelmässig, 4tägig ohne Beschwerden. Sie hat 6 Mal geboren; der Verlauf der Geburten und Wochenbetten war normal. Vor etwa 1½ Jahren bemerkte Patientin geringen weissen Ausfluss. Im Sommer 1886 traten manchmal ganz geringe Blutungen auf, seitdem wurde ein Stärkerwerden des weissen Ausflusses beobachtet. Im Laufe des Herbstes und Winters nahm die Blutung zu, meist erfolgte sie in Pausen von 4—8 Tagen, hielt gewöhnlich nur einen, höchstens zwei Tage an. Vor 8 Tagen trat in der Nacht sehr starke Blutung auf, dieselbe wurde gegen Morgen bedeutend schwächer und dauerte in diesem Grade 5 Tage lang. An der Regel ist nie etwas Abnormes bemerkt worden; Beschwerden hat Patientin während der Blutungen nicht gehabt, nur etwas Drängen nach unten hat sich seit etwa 8 Wochen eingestellt. Status praesens: Portio in der Spinallinie, hintere Lippe in einen querovalen, spitzförmigen Tumor verwandelt von ca. 5

cm Breite und 3—4 cm Länge, auch in der vorderen Lippe sind Knoten. Der Tumor fühlt sich bröcklig an und blutet leicht. Corpus uteri retroflectirt, die Beweglichkeit des Tumor nach beiden Seiten kaum beschränkt. Ueber den Tumor hinaus ist keine Resistenz in den Parametrien. Ovarien sind unvergrössert und weit nach hinten gelegen. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Carcinom. Totalexstirpation am 1./IV. 1887. Der um die Portio herumgeführte Schnitt fängt rechts an, geht hinten herum nach links. Douglas wird eröffnet, mehrere spritzende Gefässe umstochen. Cervix und Blase sind ausgedehnt verwachsen, die Verwachsung theils stumpf, theils scharf abgetrennt. Cervix erweist sich als ungewöhnlich lang. Fundus uteri hervorgewölbt, Ligamente unterbunden. Die Ovarien werden mit entfernt. Der weitere Verlauf der Operation ist der bei den anderen Fällen geschilderte. Bei dieser Operation bildeten die Hauptschwierigkeiten die allzufeste Verbindung der Blase mit dem Cervix und die grosse Dicke des Peritoneum. Die höchste Temperatur von $37_{,9}$ erreicht Patientin am 6ten Tage nach der Operation. Vollständig glatte Genesung. Am 11./V. kann Patientin entlassen werden. Als sie sich nach einem Monat zur Revision vorstellt, hat sie um 8 Pfd. zugenommen. Ausfluss ist noch vorhanden. Narbe ist von weichem, absolut normalen Gewebe umgeben. Am 2./IV. 88 stellt sich die Operirte wieder vor. Von einem Recidiv ist nichts zu bemerken, weder aus den Symptomen, noch aus dem Allgemeinbefinden oder Lokalbefund ist der Verdacht auf ein Recidiv gerechtfertigt.

5. Frau F u c h s, 49 Jahre alte Oekonomsfrau aus B. wurde am 9./IV. 87 in die Klinik aufgenommen. Als Kind war sie gesund. Mensturation trat mit dem 14ten Jahre ein, regelmässig 4wöchentlich, 2—3 Tage anhaltend, mässig reichlich. Sie hat neunmal geboren. Der Verlauf der Geburten und Wochenbetten war normal, nur bekam Patientin nach der ersten Geburt in beiden Brüsten Mastitis. Seit einem Jahre ist die Menopause bei ihr eingetreten, nachher niemals eine Blutung. Vor 3 Wochen bekam Patientin Frost und Appetitlosigkeit, der Stuhl war angehalten, ausserdem stellte sich ein schmutzig brauner, übelriechender Ausfluss ein. In der Vagina, an deren vorderem Umfang

prominirt ein rundlicher Tumor von ca. 4—5 cm Durchmesser; derselbe ist von Schleimhaut, die sich vom vorderen Scheidengewölbe fortsetzt, überzogen. Hinter dem Tumor gelangt der Finger in einen Zwischenraum, dann an einen kleineren Tumor, noch weiter hinten in eine Vertiefung, deren Ende der Finger nicht tasten kann. Die Tumoren sind weich und glatt anzufühlen. Eine Inspection in Knieellenbogenlage zeigt, dass die Oberfläche zum Theil ulcerirt, zum Theil gangränös ist. Das retrovertirte corpus uteri, etwas rechts vom Promontorium gelegen, lässt sich flectiren. Auf seiner Hinterfläche sind einzelne knotige Hervorragungen, in der Gegend des inneren Muttermundes ist der Uterus dünn, dann erst nach unten folgt das Carcinom. Das linke ligamentum latum ist straff, aber ohne Knoten, das rechte ist weniger straff, auch ohne Knoten. Die Vagina ist gut dilatabel. Die indicirte Totalexstirpation wird am 23./V. ausgeführt. Zuerst wird vom Carcinom so viel abgetragen, als sich, ohne bedeutende Blutung zu erregen, abtragen lässt. Dann wird der Douglas'sche Raum eröffnet, Peritoneum und hinteres Scheidengewölbe vernäht. Die Blase wird vom Uterus zum Theil losgetrennt, der Uteruskörper mit der Zange durch das hintere Scheidengewölbe heruntergeholt und exstirpirt, nachdem vorher die beiden ligamenta lata unterbunden und durchschnitten sind. An der rechten Tube finden sich kleine Cysten vor, dieselben werden entfernt. Erschwert war die Operation dadurch, dass das Carcinom nahe an der Blase ging und diese eröffnet werden musste. Die Abtrennung die Blase ist sehr schwierig, sie wird erst vollendet, nachdem der Uterus durch das hintere Scheidengewölbe vorgeleitet ist. Die Wunde der Blase wird mit Nähten vereinigt.

Am ersten Tage nach der Operation kommt es infolge eines linksseitigen Scheidenrisses zu einer geringen Nachblutung. Patientin befindet sich abgesehen von etwas Erbrechen ziemlich wohl. Temperatur normal, nur am 13ten Tage 38,8 bei einer Pulsfrequenz von 158. Vom 3. Tage an ist er meist über 100, anfangs gut, später wird er klein. Patientin klagt auch über etwas Schmerzen im Leib, fühlt sich zuweilen matt, das Abdomen ist druckempfindlich, etwas aufgetrieben, Urin geht öfters spontan ab. Bei der Revision der Wunde zeigt sich, dass an der Blasen-

scheidenwand eine runde Stelle von $1^1/_2$ cm Durchmesser gangränescirt ist.

Am 10./VI. erfolgt der Tod an Peritonitis.

6. Frau Lindig aus G. 39 Jahre alte Locomotivführersfrau wurde am 21./VI. in die Klinik aufgenommen, Als Kind Masern und Scharlach, sonst gesund. Menstruirte mit 16 Jahren, regelmässig, 4wöchentlich, 4 Tage anhaltend, reichlich, ohne Beschwerden. Sie hat siebenmal geboren, Verlauf der Geburten und Wochenbetten war normal. Seit 3 Monaten leidet Patientin an atypischen Blutungen von hellerer Farbe als das der Menses. Diese Blutungen bestehen fast fortwährend, setzen nur selten einmal 8 Tage aus. Im Anfang waren sie weniger reichlich, nahmen aber allmählich zu. Seit 14 Tagen besteht auch fleischwasserfarbener Ausfluss.

Status praesens: Vagina weit, Vaginalportion ca. 3—4 cm breit, ihre Oberfläche durch höckrige, harte Massen gebildet welche rings herum mit einer scharfen Grenze in die glatte, noch übrige Schleimhaut der Vaginalportion übergehen. Die Beweglichkeit der Portio ist beschränkt. Der Cervix auch im supravaginalen Abschnitt nach allen Seiten hin vergrössert. Das Corpus uteri liegt nach links und hinten über, es widerstrebt der Reposition. Linkes Ligament scheint nicht infiltrirt. Rückwärts von der linken Douglasfalte ein rundlicher Körper, wohl etwas vergrössertes Ovarium. Rechtes Ligament ist etwas dicker, aber ohne Knoten; hinter demselben das anscheinend nicht vergrösserte Ovarium. Beide ligamenta, besonders das linke, sind ziemlich gut dehnbar. An der hinteren Fläche des Corpus uteri fühlt man einige Unebenheiten. Vom Fundus uteri geht nach rechts ein straffer Strang wohl zu dem angehefteten Ovarium. Links ist der Fundus nicht befestigt, lässt sich nach rechts bequem verschieben. Das linke Ovarium ist adhärent mit leicht unter dem Finger weichenden Adhäsionen. Die Totalexstirpation fand am 13./VII. 87 statt. Bei der Operation wird zunächst die Portio rings umschnitten und die Blase vorn abgetrennt. Das Peritoneum wird hinten eingeschnitten und der Douglas'sche Raum eröffnet. Da aber wegen des zu engen Operationsfeldes das Vorgehen hier sehr erschwert ist, so wird im vorderen Scheidengewölbe in der Ex-

cavatio vesico-uterina das Peritoneum eröffnet und der Uterus ohne Schwierigkeiten durch diese Peritonealöffnung heruntergezogen. Die Ligamente werden unterbunden, beide Ovarien und Tuben mit entfernt. Die ersten 3 Tage nach der Operation fühlt sich Patientin wohl, sie hat keine Beschwerden — Temperatur steigt bis $38,_5$, Pulsfrequenz zwischen 110 und 118 schwankend. Am 4ten Tage ist der Leib aufgetrieben, dabei nicht druckempfindlich. Zugleich bestehen Athembeschwerden. Am folgenden Tage wird wegen Auftreibung des Leibes und wegen erheblicher Athembeschwerden mit dem Troicartschnepper rechts vom Nabel die Darmpunction gemacht, es streicht reichlich Luft aus. Nach der Punction besteht eine sehr verminderte Spannung des Leibes und das Athemholen ist erleichtert. Bald stellt sich die Auftreibung des Leibes wieder ein, es wird noch mehrere Male die Darmpunktion vorgenommen, worauf das subjective Befinden sich bessert. Die Temperatur steigt am 5ten Tage auf $39,_4$, der Puls beträgt 160. Am 7ten Tage nach der Operation erfolgt der Tod an Peritonitis.

7. Frau Wesiger aus M., 38 Jahre alte Viehhändlersfrau, wurde am 14./VI. 87 in die Klinik aufgenommen. Als Kind hatte sie Masern und Scharlach. Menstruation mit 18 Jahren, regelmässig, 4wöchentlich, 8 Tage anhaltend, mässig reichlich mit unbedeutenden Kreuzschmerzen. Sie hat einmal abortirt in der 12ten Woche und 7 Mal rechtzeitig geboren. Der Verlauf der Geburten und Wochenbetten war normal. Vor $^3/_4$ Jahren blieb die Regel 10 Wochen aus, dann trat sie 2—3wöchentlich wieder ein, zuletzt 4wöchentlich. Seit jener Zeit klagt Patientin über Mattigkeit und Gliederzittern. Seit 10 Wochen trat hellgelber Ausfluss zwischen den Menses auf.

Vagina weit und glatt, Vaginalportion ist in der Spinallinie. Die vordere Lippe ist glatt, unvergrössert, die hintere etwa auf das doppelte Volumen vergrössert, von höckriger, harter Oberfläche. Die Beweglichkeit des Cervix ist nach beiden Seiten hin etwas beschränkt. Corpus uteri ist in Anteflexion von normaler Grösse, linkes Parametrium ist schmerzfrei, rechte Douglasfalte etwas resistent. Die Inspection in Knieellenbogenlage zeigt einen Tumor der hinteren Lippe von hochrother Farbe und klein-

höckriger Oberfläche, der ziemlich leicht blutet. Die Basis der ligamenta lata ist beiderseits etwas straff. Es zeigt sich keine Spur von Infiltration weder des Cervix noch des Corpus. Das linke Ovarium fühlt sich wie doppelt an, ist nahe am Uterus gelegen. Nachdem die mikroskopische Untersuchung carcinoma adenomatodes ergeben hat, wird die Totalexstirpation am 1./VII. 87 ausgeführt. Um die herabgezogene Portio wird ringsherum ein Schnitt geführt, die Blase wird ohne besondere Schwierigkeiten abgelöst, das Peritoneum hinten eröffnet. Dann wird der Uterus hervorgezogen und die beiden ligamenta unterbunden. Das linke Ovarium wird auf die Möglichkeit der Herausnahme geprüft; es ergiebt sich, dass hinter demselben kein Platz zum Unterbinden ist. Der Uterus wird vollständig abgetrennt und das Peritoneum mit Vaginalschleimhaut vernäht. Die Pulsfrequenz an diesem Tage beträgt 112, sonst ist der Puls gut. Später ist er stets unter 100. Die Temperatur schwankt zwischen $36,_1$ und $37,_1$. Die Genesung erfolgt glatt, sodass Patientin am 1./VIII. entlassen werden kann. Am 11./IX. 87 stellt sie sich wieder vor. Im Allgemeinen Wohlbefinden. Sie klagt nur über etwas Stechen und Brennen im Leibe. Wenig dicker, weisser, eiterartiger Ausfluss ist vorhanden. In der Narbe sind einige schlaffe Granulationen, welche unbedeutend bluten; sonst nirgends etwas Suspectes. Zur Zeit befindet sich die Frau wohl und hat nicht zu klagen.

8. Frau Herzer, 40 Jahre alte Maurerswittwe aus R., wurde am 2./VIII. 87 in die Klinik aufgenommen. Mit 18 Jahren erkrankte sie an Lungenentzündung und Nervenfieber. Menstruation mit 14½ Jahren, ganz unregelmässig, 2—5wöchentlich, 4—8 Tage anhaltend, mässig reichlich. Nach der Verheirathung wurde die Regel regelmässig. Sie hat 4 Mal geboren. Geburten und Wochenbetten waren bis auf das erste, in welchem sie an Kopfrose erkrankte, normal. Im 33sten Jahre trat wieder eine Lungenentzündung bei ihr auf. Im Anschlusse an dieselbe stellte sich Athemnoth bei ihr ein, bei etwas stärkerem Gehen Herzklopfen und Schwäche in den Beinen. Seit 4 Monaten hat sie fortwährend Blutungen, die höchstens 8 Tage pausiren. Dazu trat vor 4 Wochen ein weisser Ausfluss von scharfem Geruch. Seit derselben Zeit leidet sie auch an grosser Schwäche, sodass sie

kaum gehen konnte. Breite, dem Gefühle nach ulcerirende Infiltrationen erstrecken sich weit auf das hintere Scheidengewölbe, sodass die tastenden Finger zwischen ulcerirender Fläche des hinteren Scheidengewölbes und dem Mastdarm wenig Gewebe haben. Das retroflectirte Corpus uteri ist reponibel. Die über den Uterus sich hinaus erstreckende Infiltration scheint ausschliesslich der Vagina anzugehören. Soweit der tastende Finger in der ulcerirenden Fläche sich orientiren kann, scheint es, dass der in die Vagina prominirende Tumor vollkommen der hinteren Lippe angehört, während die vordere frei ist. Die beiden anscheinend freien, obwohl straffen und kurzen Ligamenta sind an ihrer Beckeninsertion derart beweglich, dass sich der Uterus weit genug nach abwärts ziehen lässt, um exstirpirt werden zu können.

Am 15./VIII. 87 findet diese Operation statt. Die von Carcinom freie Lippe wird mit der Zange gefasst und das Carcinom hervorgezogen, da an der carcinomatösen Masse selbst die Zange ausgleitet. Dann wird eine zweite Zange in das Carcinom angelegt. Das Anlegen derselben ist sehr schwierig, da die Uebergangsstelle des Carcinom in gesundes Gewebe schwer zugängig zu machen ist. Es wird zuerst hinten ein Schnitt im gesunden Gewebe ungefähr 5 mm vom Carcinom entfernt geführt. Gleichzeitig wird per rectum untersucht, um eine Eröffnung desselben zu vermeiden, da ja nur wenig Gewebe zwischen rectum und hinterer Scheidenwand vorhanden ist. Dann wird das Peritoneum des Douglas'schen Raumes eröffnet, der Schnitt nach links herum weiter geführt, oberflächliches Peritoneum mit Scheidenwand vernäht. Darauf wird die Blase abgetrennt und der Schnitt nach rechts fortgesetzt; der Uterus retroflectirt ohne jegliche Mühe heruntergeholt, beide ligamente, das rechte in drei, das linke in zwei Partien unterbunden und abgeschnitten, der Uterus exstirpirt. Die Blutung war minimal.

Patientin hat einige Tage geringe Schmerzen im Leibe, am 2ten und 3ten Tage häufiger Erbrechen. Der Ausfluss ist spärlich. Am 6ten Tage erfolgt reichlicher Stuhlgang ohne Beschwerden. Die Temperatur stieg am Tage nach der Operation auf $38,_{1}$, bei einer Pulsfrequenz von 84. In den nächsten 3 Tagen schwankt die Temperatur zwischen $36,_{8}$ und $37,_{2}$, um am 5ten

und 7ten Tage nach der Operation auf 37,7 zu steigen. Der Puls war stets gut, seine Frequenz nie über 96.

Am 11./IX. kann Patientin entlassen werden. Es hat sich eine gute Granulationsfläche gebildet, die Wunde ist gut verheilt. Patientin ist vor April 1888 in ihrer Heimath gestorben, den Todestag und die Todesursache konnte ich nicht erfahren.

9. Frau Klee aus S., 38 Jahre alte Tagelöhnersfrau, wurde am 27./VIII. 87 in die Klinik aufgenommen. War als Kind stets gesund. Mit 17 Jahren wurde sie menstruirt, regelmässig, 4-wöchentlich, 8 Tage anhaltend, reichlich, mit geringen Schmerzen. Sie hat 8 Mal geboren und einmal im 5ten Monat abortirt. Die Geburten und Wochenbetten waren bis auf das letzte, welches recht lange dauerte und nach dem sich grosse Schwäche einstellte, normal. Im Frühjahr 87 trat häufiger Drang zum Urinlassen mit Schmerzen auf. Anfang Mai stellten sich Kreuzschmerzen ein, die bis jetzt anhielten. Ende Mai kam dazu ein gelblich aussehender und riechender Ausfluss, derselbe wurde allmählich stärker und nahm einen schärferen Geruch an. Zur Zeit und beim Urinlassen keine Beschwerden. Vagina weit. Rechts stehen harte Ueberreste der Vaginalportion, links an Stelle derselben eine kraterförmige Fläche. Links wird das Scheidengewölbe durch einen harten Rand von der unebenen Fläche geschieden. Hinten besteht keine deutliche Grenze zwischen Neubildungsmassen und Scheidengewölbe. Die Inspection in Knieellenbogenlage zeigt den Krater ausgefüllt mit hochrothen, unregelmässigen Wucherungen. Das Corpus uteri liegt links neben dem Promontorium und lässt sich anteflectiren. Der obere Abschnitt des Cervix ist fest, aber anscheinend ohne Vergrösserung. Die Uebergangsstelle in das Corpus uteri ist im höchsten Grade flexibel. Das rechte Ligament ist straff und kurz, aber ohne Infiltration, das linke Ligament ist unmittelbar am Uterus etwas von der Neubildung ergriffen, im übrigen Abschnitt sehr kurz und straff. Der Uterus lässt sich übrigens bei gleichzeitigem Druck von oben bis ziemlich nahe in die Vulva bringen, sodass die Totalexstirpation noch möglich erscheint. Dieselbe wird am 13./IX. 87 ausgeführt. Die Portio wird 1 cm jenseits jeder Schleimhautveränderung umschnitten, die Eröffnung des Douglas'schen Raumes ist schwierig. Das Perito-

neum wird an die Scheidenwand genäht, das Corpus uteri heruntergeholt, ohne dass die Blase vorher abgetrennt ist. Dann wird das rechte Ligament mit drei stumpfen Umstechungen unterbunden und vom Uterus abgeschnitten, ebenso das linke Ligament. Die Vorderfläche des Uterus wird stumpf losgetrennt, darauf der vollständig gelöste Uterus entfernt und das Peritoneum vorne und hinten angenäht. Der Blutverlust während der Operation war ziemlich reichlich. Der Puls, welcher im Beginne der Narcose um 9 Uhr 54 Minuten 66 betrug, war um 12 Uhr auf 126 gestiegen. Patientin bekam eine Spritze Campher-Aether (1:3).

Nach der Operation betrug die Temperatur $35,_4$, stieg bis zum Abend auf $37,_3$. Der Puls ist sehr klein, die Pulsfrequenz bis 102. Patientin hat in den ersten zwei Tagen häufiger Erbrechen gehabt, der Ausfluss ist spärlich. Bei der Revison der Wunde zeigt sich wenig Blut in der Vorlage. Am ersten Tage nach der Operation steigt die Temperatur auf $37,_3$, die Pulsfrequenz bis 96. Am folgenden Tage ist die Pulsfrequenz 120, der Puls ist schwächer geworden, Temperatur bis $36,_7$. Patientin klagt zuweilen über Schmerzen im Leibe. Am dritten Tage ist an der Radialis der Puls nicht mehr zu fühlen, an der Carotis beträgt er 156. Temperatur nicht über $37,_2$. Gegen Mittag erfolgt der Tod. Aus dem Sectionsprotokoll ist hervorzuheben:

Dünndarmschlingen am kleinen Becken sind etwas injicirt, nicht adhärent, das Netz im kleinen Becken ist locker adhärent. Die Wunde sieht gut aus, eine Spur röthlicher Flüssigkeit befindet sich im kleinen Becken. — Anaemie ist wohl Todesursache gewesen.

10. Frau Peter aus K., 48 Jahre alte Sattlersfrau, wurde am 5./X. 87 in die Klinik aufgenommen. Als Kind Masern und Scharlach, vom 9ten bis 14ten Jahre litt sie an Bleichsucht. Sie wurde mit 14 Jahren menstruirt, regelmässig 3wöchentlich, 6 Tage anhaltend, reichlich. Vom 17ten Jahre an trat die Regel 4wöchentlich auf, war sehr reichlich und mit geringen Schmerzen verbunden. Im 23sten Jahre machte Patientin Gehirnentzündung, im 25sten Lebensjahre Lungenentzündung durch. Die Kranke hat niemals concipirt. Vor 7 Jahren traten starke und unregelmässige Blutungen, namentlich nach Anstrengungen, auf. Nach Einlegung

eines 8-Pessar's liessen dieselben nach und die Blutungen wurden regelmässig. $1\frac{1}{2}$ Jahre später traten sie wieder unregelmässig auf. Ein Meyer'scher Ring ward eingelegt, musste aber nach 7 Wochen wieder entfernt werden, weil er Decubitus verursacht hatte. Bei Bewegungen und Aufregungen fliessen täglich Tropfen einer weissen, mit Blut gemischten Flüssigkeit ab. Ausserdem klagt Patientin noch über Drängen im Unterleib und Schmerzen in der rechten Seite.

Vagina weit, Vaginalportion etwas vornstehend, ist stark verbreitert, uneben, hart. Die hintere Lippe zeigt am Uebergang in die hintere, dem hintern Scheidengewölbe zugekehrte Fläche einen scharfen Rand. Die vordere Lippe ist dicker als die hintere. In ihrer dem Cervixkanal zugekehrten Parthie ist sie weicher als an den übrigen Stellen. Das Corpus uteri ist in stark zurückgelehnter Stellung am Promontorium. Der Cervix ist nicht ausgiebig beweglich. Er ist in toto verdickt. Die Verdickung geht weit nach oben. Nach vorne und hinten schliesst sich eine kleine Tumormasse an den Uterus an, welche sich weicher als diese anfühlt und wenig beweglich ist. Am Cervix sitzt viel nekrotisches Gewebe, das mit dem scharfen Löffel entfernt wird. Die seitlichen Ligamente namentlich links straff, aber zart und ohne Knoten. Das Carcinom scheint auf den Cervix begrenzt.

Am 2./XI. 87 wird die Totalexstirpation vorgenommen. Portio wird mit der Zange gefasst und nachdem der Damm, weil er allzu rigide ist, gespalten, vollständig umschnitten. Dann die Blase ohne Schwierigkeiten abgetrennt, der Douglas'sche Raum wird eröffnet und der Uterus heruntergezogen. Die linke Tube und das linke Ligament mit einer Ligatur, die rechte mit zwei Ligaturen unterbunden und vom Uterus abgetrennt. Darauf wird der Uterus entfernt, das Peritoneum an das Scheidengewölbe angenäht und der Damm wird oben mit fortlaufender Sutur und unten mit 8 Knopfnähten genäht. Am Tage der Operation erfolgt häufiger Erbrechen, das Abdomen ist auf Druck empfindlich, der Puls ist kräftig, die Pulsfrequenz 98, Temperatur bis $38,_4$. Am folgenden Tage klagt Patientin über Leibschmerzen. Ausfluss ist reichlich, blutig. Die Temperatur ist auf $38,_8$ gestiegen, die Pulsfrequenz 140, der Puls ist gut. In den nächsten 7 Tagen ist ein

langsames Abfallen der Temperatur auf 37,0, und der Pulsfrequenz auf 92 zu beobachten, dann eine 7tägige langsame Temperaturerhöhung auf 38,2 und folgender Abfall zur normalen Temperatur. Das subjective Befinden der Operirten hat sich während dieser Zeit stets gebessert. Am 13./XI. wird die fortlaufende Dammsutur entfernt und 4 Suturen im Scheidengewölbe. Gute Granulationen haben stattgefunden.

Am 15./XII. wird Patientin entlassen, die Wunde sieht gut aus. Zur Revision hat sie sich nicht wieder eingestellt, während des Winters hat sie sich wohl befunden.

11. Frau Schomburg, 39 Jahre alte Verwaltersfrau aus O., wurde am 16./XI. 87 in die Klinik aufgenommen. Als Kind Masern. Mit 15 Jahren wurde sie menstruirt, 4wöchentlich, regelmässig, 8 Tage anhaltend, mässig reichlich. Sie hat 10 Mal geboren. Die Wochenbetten verliefen normal. Unter den Geburten war eine Fehlgeburt im 7ten und eine Frühgeburt im 8ten Monat. Seit Februar 1887 wurden die Blutungen unregelmässig, mit Pausen von 4—14 Tagen, sie dauerten meist 3—4 Tage und waren mässig stark. Vor 14 Tagen trat eine sehr starke Blutung ein, sodass Patientin ohnmächtig wurde. Manchmal war dem Blute weisslicher Ausfluss beigemengt, der stark roch.

Vagina weit, Vaginalportion verbreitert und hart. Der Muttermund lässt die Fingerkuppe eindringen. Die Lippen, besonders die hintere, sind höckerig. Die Beweglichkeit des Cervix nach rechts und links vorne ist schmerzhaft und gehemmt. Das Corpus uteri liegt zurückgelehnt, der Fundus uteri am Promontorium. Etwas vor dem Fundus ist ein rundlicher, 5 cm im Durchmesser betragender Tumor, wohl eine Ovarialcyste, durchzutasten. Das rechte Ligament ist etwas straff, ebenso das linke. Die mikroskopische Untersuchung eines kleinen excidirten Stückchen ergiebt Carcinom. Am 26./XI. 87 wird die Totalexstirpation gemacht. Die Operation ist schwierig wegen Straffheit der Ligamente, Abtrennung der Blase geschieht stumpf. Das Peritoneum der Excavatio vesico-uterina wird auf dem in Douglas eingeführten, über den Uterus gekrümmten Finger eingeschnitten. Der Uterus wird retroflectirt vorgeleitet, erst das linke, dann das rechte ligamentum unterbunden, dabei kommt die Ovarial-

cyste hervor, diese wird auch abgebunden. Am ersten und zweiten Tage nach der Operation hat Patientin einmal gebrochen. Die Schmerzen im Leibe sind unbedeutend. Ziemlich reichlicher, blutiger Ausfluss ist vorhanden. Der Urin wird spontan gelassen. Puls ist gut, die Pulsfrequenz 96. Die Temperatur steigt in den ersten drei Tagen nach der Operation bis $37,_7$, am 4ten Tage bis $38,_1$. Während der nächsten 10 Tage schwankt die Temperatur zwischen $37,_7$ und $37,_0$; die Pulsfrequenz zwischen 100 und 120. Geringe Schmerzen im Leibe schwinden, nachdem Stuhlgang erfolgt ist. Beim Verbandwechsel Sekret mässig reichlich, etwas riechend. Am 28./XII. wird die Kranke entlassen; die Wunde sieht gut aus. Am 5./II. 88 stellt sie sich wieder vor; sie fühlt sich kräftig wie früher. Keine Beschwerden, nur seit der Entlassung etwas gelblicher Ausfluss. Man fühlt im Scheidengewölbe einige Unebenheiten, die aber nicht besonders hart sind. Die Wucherung im Scheidengewölbe blutet leicht bei Berührung. Die betreffende Stelle wird mit acetum pyrolignosum betupft. Verdacht auf Recidiv ist wohl vorhanden.

12. Frau Grüner, 30 Jahre alte Zimmermannsfrau aus G., wurde am 25./I. 88 in die Klinik aufgenommen. Als Kind war sie gesund, vom 14—16ten Jahre bleichsüchtig. Menstruation mit 18 Jahren, 4wöchentlich, regelmässig, reichlich, 8 Tage anhaltend von Kopfschmerzen begleitet. Sie hat 3 Mal geboren, der Verlauf der Geburten und Wochenbetten war normal. Nach der letzten Geburt trat die Regel alle 14 Tage auf, hielt 8 Tage an war reichlich, selten in 3wöchentlichem Intervall. Vor 14 Tagen zur Zeit der Regel, gingen unter starker Blutung häufige und fleischige Stücke ab, zusammen ca. faustgross. Sonst klagt Patientin noch über Schmerzen in der rechten Seite und harten, angehaltenen Stuhlgang.

Der Muttermund ist lacerirt. Das Corpus uteri liegt nach links hinten über Carcinoma cervicis uteri, welches bis ans Corpus hinaufgeht. Der Uterus ist beweglich. Die Parametrien sind straff, namentlich das linke. Nirgends finden sich in demselben kleine Knötchen. Die Indicatio für die Exstirpation des Uterus ist vorhanden und wird dieselbe am 31./1. 88 ausgeführt. Die beiden Lippen werden mit einer Zange gefasst und die Portio

1 cm vom Carcinom entfernt umschnitten. Das Carcinom geht bis hart an die Blase heran. Dann wird die Blase stumpf mit dem Finger abgetrennt. Nach der Excavatio vesico-uterina wird das Gewebe auffallend fest, wahrscheinlich ist eine Schwiele unter der Excavatio. Da sich wegen des straffen Dammes nicht ankommen lässt, wird dieser linksseitig incidirt. Der Douglas wird eröffnet. Linkes und rechtes Ovarium nebst Tuben werden mit dem Uterus mitentfernt.

Am Tage der Operation hat Patientin viel erbrochen, hat etwas geschlafen, klagte über unbedeutende Leibschmerzen. An der Vorlage ist wenig Blut. Temperatur 38,0. Bei sonst kräftigem Puls betrug die Frequenz 82. An den beiden folgenden Tagen steigt die Temperatur bis 38,4 und fällt dann allmählich ab. Die Pulsfrequenz geht während dieser Zeit bis zu 114. Patientin fühlt sich sonst wohl. Die Wunde sieht gut aus. Am 9ten Tage nach der Operation erfolgt reichlicher Stuhlgang, darauf lassen die noch bestehenden geringen Leibschmerzen nach. Am 19./II. 88. steht Patientin zum ersten Male auf. Tadellose Narbe im Scheidengewölbe. Ein kleiner Zipfel von Granulationsgewebe ragt an der Narbe noch heraus. An der Basis der Incision am Damm ist eine rundliche Härte von 1 cm. Durchmesser, die röthlich und unempfindlich ist. Die Basis ist 2 cm. lang; auf der Oberfläche ist eine erbsengrosse, geröthete Stelle (Granulationsgewebe). Eine Sonde von 2 mm. dringt nach dem Rectum zu ein. Zwischen Sondenknopf und Rectumwand höchstens 2 mm Zwischenraum. Das Messer wird in die Fistel eingeführt und dieselbe nach aussen gespalten, dann mit Jodoformgaze ausgestopft. Der Abscess ist gut geheilt. Die Patientin wird entlassen mit der Weisung sich bald wieder vorzustellen. Bis zur Zeit ist von Recidiv absolut nichts zu constatiren. Das allgemeine Befinden der Frau ist vorzüglich. Zur Zeit, wo sonst die Menstruation einzutreten pflegte d. h. also alle 4 Wochen, klagt Patientin 2 Tage lang über Kopfschmerzen und geringen Druck im Unterleib. (Bericht des sie behandelnden Arztes.)

Das Resultat dieser 12 Totalexstirpationen per vaginam war also folgendes:

1) Tod nach der Operation 3;
2) Ueberlebende 9.

Von diesen 9 Ueberlebenden haben:

1) sicher Recidiv 2;
2) verdächtig auf Recidiv 1;
3) Recidiv war nicht zu constatiren bei 6.

Es waren also bis Juni 1888 gesund 6 (resp. 7) der Operirten.

Ausserdem wurden in der Jenenser Frauenklinik bis 31. Dcb. 1889 30 vaginale Totalexstirpationen gemacht, unter diesen befanden sich 2 Fälle von Adenom, 1 Angiosarkom des Corpus uteri, und 1 Totalexstirpation wegen Prolaps.

Das Resultat aller 42 Totalexstirpationen war folgendes:

1) Tod nach der Operation 6;
2) Ueberlebende 36;

Aus den Journalen war mir ersichtlich, dass in sehr vielen Fällen die Patientinnen wegen ihrer Blutung den Arzt wohl consultirt hatten, von demselben aber häufig ohne innere Untersuchung nur mit inneren Mitteln wie acidum Halleri oder secale oder auch mit Scheidenausspülungen behandelt wurden. Man sieht hieraus, wie sehr berechtigt die Mahnung meines hochverehrten Lehrers, des Herrn Geheimen Hofrath Schultze, ist, welche derselbe in der Deutschen Medicinalzeitung vom 29. December 1885 *) den practischen Aerzten ans Herz legt:

---

*) Über Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus von B. S. Schultze.

„Ich richte daher, und das ist der Hauptzweck, um dessen willen ich diesen Artikel schrieb, an alle Aerzte die dringende Aufforderung, bei atypischen Genitalblutungen der Frauen und Jungfrauen, ganz besonders in den Jahren vom 36sten Lebensjahre an, eine genaue Localdiagnose der Ursache der Blutung für unerlässlich zu halten, damit wenigstens die bereits ulcerirten Karzinome zeitig zur Diagnose gelangen. Die grosse Mehrzahl der Uteruskarzinome sind zur Zeit der seit kurzem begonnenen Ulceration der Radicaloperation noch zugänglich.“

Name und Stand. Klinischer Aufenthalt.	Alter.	Geburten.	Ausfluss.	Blutungen.	Sonstig
1. Staps, T. aus R. Steuereinnehmer- wittwe. 9. IV.—24. IV. 86.	60	10	Zuweilen weisser Ausfluss.	Seit $^{3}/_{4}$ Jahren starke Blutungen.	Kopfs Herzklo ti
2. Cremer, L. aus E. Gemeindedieners- frau. 12. IV.—5. V. 86.	41	8	Weisser Ausfluss.	Seit 2 Jahren unregel- mässig.	Schmer u. Kreu rung, Uri
3. Gerlach, L. aus L. Heizersfrau. 11. V.—5. VI. 86.	49	7	Weisser Aus- fluss seit 10 Jahren.	Zwischen den menses Blutungen. Seit $1^{1}/_{2}$ Jah- ren monatl. 3malige Regel.	Mage schmer nac
4. Beck, M. aus H. Tagelöhnersfrau. 5. VI.—10. VI. 86.	68	1		Seit 20 Wochen Blutungen mit Unterbrechung aus den Genitalien.	
5. Jacob, M. aus F. Kutschersfrau. 23. VI.—28. VI. 86.	43	1	Seit $^{1}/_{4}$ Jahr wässr. Ausfl. mit Blut vermischt.	Von Zeit zu Zeit Blut- ungen seit März.	Schmer terleib Appeti lo
6. Olamünde, F. aus T. Maurerswittwe. 9. VIII.—14. VIII. 86.	56	5 1 Abort.		Zuweilen Blutungen.	M und D u
7. Könitzer, W. aus O. Bahnarbeitersfrau. 28. X.—14. XI. 86.	50	9	Seit Mai 86 blutig gelb- licher Ausfl.	Mitte August stärkere Blutung. Es kam helles, ungeronnenes Blut.	Seit de Blut Schme teren B Kreuz
8. Kayser, A. aus N. Schuhmachersfrau. 30. XI.—10. XII. 86.	52	13 1 Abort.	Seit 14 Tagen Ausfluss.	Bei einem jeden Coitus wenig helles Blut ab ohne Schmerzen. Beim letzten vor 5 Wochen starke Blutung.	Urinb Der U fig so
9. Fröbel, Fr. aus S, Tagelöhnersfrau. 5. XII.—12. XII. 86.	56	7	Seit Mai 86 etwas bräunl. Ausfluss.	Anfang August kam etwas helles Blut, diese Blutung dauerte 6 Wochen lang. Seit gestern wieder.	Etwas im

...kenbefund bei der Aufnahme in die Klinik.	Weiterer Verlauf.
...ma cervicis uteri inoperabile. Rechtes ... stark infiltrirt, linkes straff, ganz nahe ... am Becken Knoten zu tasten.	Exitus: 23. 1. 1887.
...is uteri inoperabile. Inguinaldrüsen ver... ...art, schmerzlos. Vaginalportio in einen ...mor mit unebener Oberfläche verwandelt. ...gament straff, am hinteren Rande ein ...echtes von Knoten durchsetzt bis 1 cm vom Beckenrand.	Unmittelbar nach der Entlassung wohler dann schnelles Sinken der Kräfte. Exitus am 22. XII. 86.
...is desolat. Portio in einen harten höcke... ...or umgewandelt. Oberfläche leicht blu... Ein Theil der hinteren Lippe mit nor... ...eimhaut. Links geht das Carcinom bis ...ns Becken, rechts noch 1/2 cm frei.	Exitus: 21. X. 86.
...is inoperabile. Knollige Verdickung ...en, besonders der vorderen. Erosionen ...en, leicht blutend. Nach rechts Ver... ...n ungefähr 6 cm, nach links von 8 cm. unverschieblich bis an den Beckenrand.	Lebt und befindet sich etwas wohler.
... vesico-uterin. Inguinaldrüsen beiderseits ..., schmerzhaft. Muttermund in einen ...geben von harten Massen, umgewandelt. ...nen, aufgetrieben und schmerzhaft.	Tod an Peritonitis purulenta am 28. VI. 1886.
...icis inoperabile (Tumor ovarii dextri). ...ine breite, flache, harte Tumormasse ...mässiger Oberfläche. Cervix vergrössert, ... klein, wenig beweglich. Tumormasse ...inke und rechte ligament hart bis an ...rand. Infiltration bis auf das corpus ... und links bis an den Beckenrand.	Exitus: 23. XII. 1886.
...icis desolat. Vaginalportion in einen ...andelt. Durch Ulcerationen theilweise ...arte, unebene Tumormassen rings bis ...gewölbe. Der Tumor ist von hoch... ...e mit schmierigem, gelblichen Secret ...die Ulcerationsfläche schliesst sich die ...n, die bis hinten an den Beckenrand ...t, links nicht ganz so weit.	Exitus erfolgt im Juni 87, nachdem sie seit ihrer Entlassung stets bettlägerig war.
...inoperabile. An Stelle der Portio ... ebenso im ganzen Scheidengewölbe ...hzutasten. Lig. lata beiderseits bis an ...n Beckenrand carcinomatös.	Exitus am 2. Sept. 87, vorher stets bettlägerig.
...ri et vaginae desolat. Inguinaldrüsen ... Aus dem Introitus vaginae ragt hahn... ...ne sich fest anfühlende Prominenz bis ...ündung. Scheide durch ähnliche Ge... ...rengt. Vaginalportion kraterförmig. ...n aus tastet man kleine bewegliche ...e dem Peritoneum angehören müssen; ...n beiderseits bis an den Beckenrand, ...ch vorne bis in die vagina.	Exitus erfolgt kurz nach ihrer Entlassung aus der Anstalt.

Name und Stand. Klinischer Aufenthalt.	Alter.	Geburten.	Ausfluss.	Blutungen.	Sonstig
10. Peters, Cl. aus E. Bäckersfrau. 7. XII.—17. XII. 86.	36	3 1 Steissgeburt.	Abwechselnd mit der Blutung bald weissl., bald wie Fleischwasser aussehender Ausfl.	Seit December 86 häufig Blutung nach Anstrengung. Seit 1 Jahre Regel mit heftigen Kreuzschmerzen und Fieber, dabei immer stärker.	Schm Urinlass kam ein dicke e schlech Flüssigl S
11. Schöler, W. aus J. Oekonomswittwe. 11. II—15. II. 87.	58	10	Wenig Ausfl.	7 Jahre nach der Menopause Wiedereintritt von geringen regelmässigen Blutungen, verbunden mit Rückenschmerzen.	Appet Dränge ten. W Schm Ur
12. Korn, C. aus M. Webersfrau. 15. III.—2. IV. 87.	67	4 2 Abort.	Seit Oct. 86 weisser Ausfl. mit Kreuzschmerzen.	Seit Juli 86 zuweilen Blutung.	Appe u. V
13. Waldmann, P. aus E. Fabrikarbeiterwittwe. 27. III.—2. IV. 87.	48	3 1 Abort.	Fleischwasser ähnl. Ausfluss.	Vor 2 Jahren ausser der Regel Blutung.	App und Sc Unter mit k Unterl ve
14. Hädrich, Fl. aus R. Bäckersfrau. 8. III.—18. III. 87.	40	1		September 86 unbedeutende Blutung, Ende Dec. anhaltende profuse Blutung.	Sei Schm rec
15. Beilschmidt, A. a. S. Leinweberswittwe. 27. IV.—9. V. 87.	74	12	Seit Dec. 86 kaffeeartiger Ausfluss.		Kolle Sc
16. Kange, C. aus E. Bauersfrau. 7. V.—31. V. 87.	47	7 1 Abort.	Seit Sept. 86 Ausfluss.	Seit derselben Zeit Blutungen. Seit April ist Blut stückweise abgegangen.	
17. Schaller, C. aus E. Handarbeitersfrau. 9. V.—31. V, 87.	55	5	Seit Okt. 86 starken Ausfluss.		Etwas der r Mit Ausf hören

kenbefund bei der Aufnahme in die Klinik.	Weiterer Verlauf.
rvic. inoperabile. Die Pars vaginalis ist ichen unebenen Knoten bedeckt, welche , hintere Scheidengewölbe ziemlich aus- l in das linke hinüberreichen. Das Carc. sich weit auf die hintere Vaginalwand.	Einige Monate nach ihrer Entlassung erfolgt ihr Tod.
ervic. inoperabile. Scheide nach oben harten, links bis an den Beckenrand, iger weit gehenden Tumormasse begrenzt. ament lässt ein kurzes, ziemlich schlaffes, e zwischen Neubildung und Beckenrand linkes sehr kurzes ligament mit Knoten gestattet keine Beweglichkeit am Becken. terus retroflectirt unbeweglich.	Exitus: 5. Juni 1888.
vic. uteri Miliares Peritonealcarcinom her. Uebelriechender, blutiger Ausfluss. nalis fehlt. Muttermund kraterförmig teten Rändern. Infiltration und Ulce- ts ins ligament, zwischen dieses und dem kaum ½ cm frei. In dem Mutter- t der Finger hoch in ulcerirte Portion Inoperabile.	Exitus am 8. I. 88.
ri desolat. Vordere Vaginalwand ein enförmiger Tumor, in der Mitte eine e Vertiefung. Links im Scheiden- rundlicher Tumor. Lacerirte und harte n besetzen den Muttermund. Rechtes latum ist straff, in demselben zusammen- t dem Carcinom ein grosser Knoten, ent hat ebenfalls mit dem Carcinom ngend einen bis ans Becken reichenden höckrigen Knoten.	Exitus am 2. December 1887.
cervic desolat. Portio kraterförmig ikes Ligament, Douglas et latum lang echts unmittelbare unbewegliche An- terus an den Beckenrand, parametri- sodass eine Exstirpation unmöglich.	Exitus erfolgte 5. XII. 87.
ic. et. ligament. lat. Vagina trichter- verengernd, ist mit Knoten besetzt. Neubildung, 3 cm über dem Hymen- etwas höher beginnend. Nach links ı Carcinom; weiter palpierbar.	Der Zustand der Kranken hat sich wenig geändert.
i desol. Vaginalportion in eine Neu- e von harter Consistenz, unebener umgewandelt, allseitig ohne scharfe e Vaginalwand übergehend, beiderseits , links mehr wie rechts; leicht blu- reicht das Carcinom bis an den Beckenrand.	Seit ihrer Entlassung mehrere Mal grosse Blutungen. Seit 4 Monaten nicht mehr. Sie leidet jetzt noch an incontinentia urinae.
ic. vagin. lig. lat. desolat. Vagina nässige knotige Neubildungen vorne ethra, hinten 4½ cm hinter der co- nend. Oberfläche ist leicht ulcerirt. ks bis an den Beckenrand reichend, blich, aber die ganze Dicke der Va- s rectum einnehmend. Inoperabile.	Exitus im Januar 1888.

Name und Stand. Klinischer Aufenthalt.	Alter.	Geburten.	Ausfluss.	Blutungen.	Sonstig
18. Meier, J. aus R. Handarbeitersfrau. 5. IV.—5. VI. 87.	35	4	Seit Juli 86 fleischfarben. Ausfluss.	Im Februar ging stückweise Blut ab.	Schn Unterl seit aus
19. Stollberg, L. a. M. Tagelöhnersfrau. 30. V.—11. VI. 87.	34	1	Etwas Ausfluss.	Es geht Blut in Stücken ab mit einer gelblich aussehenden, eigenthümlich riechenden Flüssigkeit.	Sch Kreu na Seit D Eintrit Sc
20. Krause, A. aus B. Porcellanmalerfrau. 13. VII.—19. VII. 87	37	3	Ausfluss seit der ersten Regel.	Seit Januar 1887 Blutung ohne Unterlass, nur in der Intensität wechselnd.	Appe Schv stopfu sigkeit 87 Reg sc
21. Kirbst, H. aus U. Oekonomsfrau. 22. VII.—24. VII. 87	65	4	Ausfluss seit 3 Monaten.		
22. Beyer, A. Tischlerwittwe. 11. X.—20. XI. 88,	52	5	Ausfluss.	Nach der Menopause einige Male Blutung.	Se Scl Mage
23. Kollberg, A. aus T. Händlersfrau. 7. XI.—11. XI. 87.	37	3	Seit April wässriger Ausfluss, der seit Mitte Juni riecht.	Im Juli ging zwischen zwei Menstruationen Blut in Stücken ab.	Rege des J
24. Gluselrote, T. aus U. Tapetendruckerfr. 1. XII.—13. XII. 87.	51	6 1 Abort.	Seit $^1/_4$ Jahr übelriechender weisser Ausfluss.		Sei die F mäs M

enbefund bei der Aufnahme in die Klinik.	Weiterer Verlauf.
ervic. uteri desolat. Corpus uteri hart . Scheide ist ausgefüllt mit blumenkohl- anfühlenden Tumoren. An demselben gänge ins Scheidengewölbe zu tasten. menta lata infiltrirt sind, lässt sich wegen en des Tumor nicht constatiren. Ober- t ulcerirt, der Ausfluss übelriechend.	
ervic. uteri desolat. Vaginalportion in en Tumor umgewandelt, von unregel- berfläche, harter Consistenz. Oberfläche irt. Ulceration und Infiltration weit in ligament latum, beinahe bis an den , links ist das Carcinom dem Becken- rand noch näher.	Kurz nach ihrer Entlassung Selbstmord, wahrscheinlich aus Verzweiflung über ihr Leiden.
ervic. uteri. Im hinteren Scheiden- sich in das Becken erstreckender Tu- r uteri, der den cervix voll einnimmt Oberfläche zerklüftet ist. Der cervix breiten festen Tumor verwandelt, der e straffe lig. lata. erstreckt. Inoperabile straffen lig. und weil die Neubildung nicht ganz zu entfernen ist.	Exitus am 7. XI. 87.
cervic uteri, anscheinend operabel. stehend, von einer höckrigen, bröck- blutenden Geschwulst eingenommen.	Wird auf 1 Tag nach Hause entlassen, kommt nicht wieder. Ihr Zustand hat sich wenig geändert.
eri et ovarior. An der vorderen Va- inter der Urethralwulst ist ein harter, Tumor. Vaginalwand ist kugelig t durch 1 Tumor. Rechts hiervon und gelegen, von unebenen harten eben. Tumormasse nach links bis an and, die Oberfläche des Tumor theils ht blutend, die Tumormasse geht un- den vom Abdomen getasteten Tumor intere Rand der linken Douglasfalte eigt einige Unebenheiten.	Das Allgemeinbefinden der Kranken war sehr schlecht. Exitus am 20. XI. 87. Die Section ergiebt gelblich klare Flüssigkeit in der Bauchhöhle in reichlicher Menge. Sämmtliche in die Bauchhöhle eingelagerten Organe ausser Milz und Niere sind von zahlreichen grauweissen bis linsengrossen Neubildungsknoten besetzt, ebenso die peritoneale Fläche des Zwergfelles. Glandulae bronchiales u. ein Theil der Pleurafläche.
vic. desolat. Vaginalportion in einen ten, unebenen Tumor umgewandelt, läche ulcerirt ist. Links reicht das dicht an den Beckenrand, wohl noch lich Im linken Ligament. Duglasii, chen. Rechts geht das Carcinom bis ment hinein, völlig unbeweglich am Becken. Inoperabile.	Exitus am 26. Jan. 1888.
ic. uteri desolat. Vaginalportion ist en. Die Umgebung des Muttermundes höckrig. An die infiltrirte Portio des lbes schliesst sich ein breiter Cervix er dem Scheidengewölbe nach rechts breite, harte Stränge, wohl ligamenta ühlen. Als inoperabel entlassen.	Exitus erfolgte Anfang Juni 1888, nachdem das Carcinom noch zahlreiche Blutungen veranlasst hatte.

Name und Stand. Klinischer Aufenthalt.	Alter.	Geburten.	Ausfluss.	Blutungen.	Sonstig
25. Franke, E. aus R. Tagelöhnerswittwe. 18. XII.—21. XII. 1887.	nicht z. ermitteln.	nicht geboren.			Macht nirte I klagt stopfun Durchf und Rü zen u nac
26. Schöpe, H. aus R. Dienstmädchen. 24. I.—26. I. 88.	31	Geburt nicht zugestanden.	Seit 6 Monaten gelbl., nicht übelriechender Ausfluss, seit 3 Mon. übelriechend.	Unbedeutende Blutung zuweilen.	Menst nie r Verst Kreuz
27. Paepülz, H. aus E. Bäckermeistersfrau. 15. I.—19. I. 88.	42	6		Seit 3 Monaten atypische Blutungen, die zuweilen tageweise aussetzen.	
28. Hofmann, E. aus M. Lehrerswittwe. 17. I.—24. I. 88.	53	8	Seit Nov. 87 gelblicher, übelriechend. Ausfluss.	Am 13. Januar 88 gingen blutige, brockige Fetzen ab.	Rücke Inc
29. Wolf, Cl. aus G. Bahnarbeiterswwe. 9. II.—15. II. 88.	55	7	Seit 4 Wochen weisser Ausfluss.	December 87 ging $^1/_2$ Liter theils flüssiges, theils stückweises Blut ab. Nochmals im Januar.	App
30. Roth, L. aus T. Tagelöhnersfrau. 10. II.—15. II. 88.	38	6	Seit $^3/_4$ J. gelbl., stark riechender Ausfluss.	Seit $^3/_4$ Jahren regelmässige Blutungen.	
31. John, H. aus N. Mälzersfrau. 10. II.—15. II. 88.	29	1	Seit $^1/_2$ J. weisser Ausfluss.	Zuweilen Blutung, besonders beim Stuhlgang.	Seit weisse ist die Unter zen, unten,

…enbefund bei der Aufnahme in die Klinik.	Weiterer Verlanf.
…a uteri desolat. Ganze hintere Vagina …n Damm carcinomatös. Vorne seitlich Beckenrand. Links ist zwischen Tumor …rand ein Zwischenraum von 1 cm. Nach …t das Carcinom bis in die Höhe des …ontorium. Als desolat entlassen.	Exitus 9. April 1888.
…a uteri desolat. Von einer Lippe nichts Starre Infiltration erstreckt sich bis …kenrand. Rechts ist noch ein Stück …ent zu fühlen. Wo cervix anfängt …ufhört, ist nicht zu ermitteln. Grosse Krater.	Augenblicklich noch lebend, aber sehr schwach.
…ri desolat; die carcinomatöse Ver- …cervix reicht bis nahe ans Becken, das …nt lat. ist zart, zeigt nur einige miliäre …echts schliesst sich ein mehrere cm …ten an den Cervix an. Nach dem …ölbe hin ulcerirt. Zwischen Becken- …nomknoten lässt sich noch 1 Finger ein- …ts neben der Lendenwirbelsäule sind …grösserte Drüsen zu tasten.	Lebt noch, ist sehr anämisch und hat mehrere Male sehr heftige Uterinblutungen gehabt.
…ri desolat. 3 cm hinter dem Introitus …de von einem kraterförmigen, an der …lcerirten, ziemlich harten Tumor ein- …inks bis an den Beckenrand, rechts …o weit reichend. Links am Becken …arte Knoten fühlbar (Drüsen). Links …glichkeit des Tumors erheblich be- schränkt.	Exitus erfolgt.
… cerv. uteri desolat. Die Scheide ist … von einem kraterförmigen Tumor, knorpelhart. Reichliche Menge ge- …ssigen Blutes und Gewebsfetzen lösen …ntersuchung ab. Das Carcinom reicht … ans Becken. Rechtes Ligament ist …, aber ohne Knoten. Zwischen Becken- …cinom haben knapp 2 Finger Platz.	Exitus: 21. V. 1888.
…vic. uteri desolat. An Stelle der …raterförmige Neubildung mit knorpel- …, von vorne nach hinten 1 cm, von …chts 4 cm. Die linke Douglasfalte … ans Becken carcinomatös.	Exitus: 2. V. 1888.
…ri desolat. Die Vagina wird von …ohlartigen Neubildung eingenommen, hinten bis ans Kreuzbein, nach links …en erstreckt. Rechtes Ligament ist Beckenrand frei. Zwischen die Neu- …physe lässt sich eben noch 1 Finger einschieben.	Nach zahlreichen Blutungen erfolgte Anfang Juni 1888 der Tod.

Name und Stand. Klinischer Aufenthalt.	Alter.	Geburten.	Ausfluss.	Blutungen.	Sonstige
32. M. L. aus W. 16. II.—1. III. 88.	34	3	Seit Oct. 87 weisslicher, riechender Ausfluss.	Seit 11. December 87 bis Weihnachten Blutung theils stückweise, theils flüssig, dann Pause, jetzt wieder Blutung.	Vor d kran Schmerz keit, V
33. Rommel, H. aus T. Strumpfwirkersfrau 19. II.—3. III. 88.	51	6	Seit Anfang December 87 fleischfarben. übelriechend. Ausfluss.	Von Anfang December bis gegen Ende December Blutung.	Hart
34. Wieduwild, C. aus T. Webersfrau. 21. II.—2. III. 88.	52	8	Seit 14 Tagen weisser Ausfluss mit Schmerzen.	Vor 2 Jahren bedeutende continuirliche Blutung.	Früher vor je weisse
35. Ziermann, J. aus S. Handarbeitersfrau. 4. III—8. III. 88.	58	4 3 todte Kinder.	Seit Aug. 87 weisser, nicht riechender Ausfl. Seit d. Blutung der Ausfluss übelriechend.	Vor 8 Monaten $^1/_4$stünd. dünnflüssige Blutung, die sich in den nächsten 14 Tagen 2 Mal wiederholte.	
36. Döpfel, R. aus C. Oekonomsfrau. 26. III.—27. III. 88.	60	6		Zeitweise atypische Blutungen.	

...nbefund bei der Aufnahme in die Klinik.	Weiterer Verlauf.
...rvic. uteri desolat. Vagina eingenom- ...em in der Mitte ulcerirten Tumor mit ...m Rande, nach links bis nahe zum ... während nach rechts 2 Finger breit ...rand entfernt. Kein Raum für eine Operation.	Die Blutungen hören nach ihrer Entlassung auf. Ein dünner, spärlicher, übelriechender Ausfluss stellte sich ein. Kräfte haben zugenommen. Einmal trat noch eine profuse Blutung auf, die nach Tamponade stand. Die Schmerzen sind mässig, Eine Vergrösserung des corpus hat nicht mehr stattgefunden, derselbe ist mit der Umgebung gänzlich verwachsen, der cervix ist voluminöser geworden.
...vic. uteri desolat. $2^1/_2$ cm von der ...ie das ganze Scheidengewölbe einneh- ...dung, links seitlich und hinten Vaginal- ...rgriffen, Rand knorpelhart, Oberfläche ... ulcerirt. Carcin. nimmt wesentlich die ...der Vaginalportion ein. Nach links ...rom Carcinom in der Richtung zum ...acrum ist ein harter Strang, welcher ...nen enthält, zu verfolgen bis in die ...en lig. spinoso u. tuberoso sacrum. Es ... exstirpirbar, aber Knötchen bleiben ... Carcinom reicht dicht an die Blase. ...er und vaginaler Carcinomoberfläche ...um von höchstens 5 mm. Operation abgelehnt.	Das Carcinom hat sich nach der Blasenharnröhrengegend u. Rectum weiter ausgebreitet. Sehr beschwerliches, schmerzhaftes Harnlassen u. Harnverhaltung, seltner Stuhlgang, anhaltender, blutig-wässriger, eitriger Ausfluss, kleine Blutungen aus der Scheide und Tag und Nacht unerträgliche Schmerzen sind ihre Klagen. Das Allgemeinbefinden ist schlecht, sie ist müde und abgeschlagen.
...vic. uteri desolat. An Stelle der ...unde, 3—4 cm im Durchmesser be- ...pelartige Neubildung. Linkes Liga- ...rei, rechts reicht das Carcinom bis ...enrand. Eine parametrische Narbe ...rvix hoch hinauf. Hinter derselben ...en bis zum Beckenrand, der keinen ...erbindung gestattet. Daher als desolat zu betrachten.	Lebt noch.
...ic. uteri desolat. $1^1/_2$ cm hinter ... ein die ganze Scheide einnehmen- ...n vorne nach hinten 3—4 cm, ebenso ...h links, dazu knorpelhart. Die Ober- ... zerklüftet, theils ulcerirt. Die Neu- ...beinahe bis ans Becken. Inoperabel.	Die Kranke ist bettlägerig, hat jedoch über Schmerzen nicht zu klagen.
... Muttermunds-Lippen, besonders ...t, von unebenen Häuten besetzt, die ...e der hinteren Lippe ist ulcerirt. ...t von einem runden, harten, höck- ...usgefüllt, rechts vollkommen unbe- ...r Beckenwand durch eine harte Wand ... Die Grösse des Tumor schliesst ... desselben durch das Scheidenge- ...ollständig aus. Inoperabel.	Der Zustand hat sich nicht geändert.

Name und Stand. Klinischer Aufenthalt.	Alter.	Geburten.	Ausfluss.	Blutungen.	Sonstige
37. Seifarth, H. aus R. Oekonomsfrau. 31. III.—4. IV. 88.	46	5		Frühjahr 86 atypische Blutungen, die 3 Wochen dauerten und 5 Tage aussetzten.	Appetit Stechen Enorm

Hohe C

Name und Stand. Klinischer Aufenthalt.	Alter.	Geburten.	Ausfluss.	Blutungen.	Sonstige
I. Solbrig. C. aus G. Arbeitersfrau. 11. XI.—28. XII. 87. 12. III.—23. VII. 88.	36	3 und 4 Abort.	Seit März 87 übelriechender, grünlicher Ausfluss.	Atypische Blutungen. Zugleich mit denselben trat der Ausfluss ein. Blutungen hörten eigentlich niemals auf.	Schm Unt
II. Funke aus G. Restaurateurfrau. 21. III.—4. V. 87.	56	4 1 Abort.	Nach der letzten atypischen Blutung (Novbr. 86) alle 8—14 Tage weissl. Ausfluss mit brennenden Schmerzen. Nach einer geringen Blutung 13. III. liessen Ausfl. u. Schmerzen nach.	Ein Jahr vor der Menopause (46 J.) war die Regel sehr stark, einmal 13 Wochen. Seit 10 Jahren in Pausen von ¼—1 Jahr Blutungen von 2—3tägiger Dauer. Oct. 86 jede Woche Blutung, nur schwächer mit Kreuzschmerzen. Nov. 86 14tägige Blutung.	Geringe Schmer recht

kenbefund bei der Aufnahme in die Klinik.	Weiterer Verlauf.
cervic. uteri desolat. Die Portio zeigt en Rand, 3 cm breit, 2 cm von vorne n. An Stelle des Muntermundes ist eine e Stelle, links hinten hat die Neubildung das Scheidengewölbe übergegriffen. Der ht links hinten bis an den Beckenrand. glichkeit ist sehr eingeschränkt. Die tion ist durch Ulceration verloren ge- Ulceration erstreckt sich bis ins linke Das rechte ligam. lat. ist sehr straff. Inoperabile.	Exitus am 20. IV. 88.
ationen:	
eine höckrige, unregelmässige Masse mit scharfem Rande. Diese Massen chrothes Aussehen. Das hintere Schei- bereits in grosser Ausdehnung von der ergriffen, die Wand des Rectum an- och nicht. Cervix verdickt. Corpus rtirt. Cervix und Corpus peritoneale ebenso mehr membranös sich an- trangförmige Verwachsung zwischen und corpus uteri. Das Carcinom er- rings ins Scheidengewölbe u. oberhalb der Douglasfalten. Im linken Liga- 2 mm dicke Knötchen, rechtes Liga- lls verdickt, beide Ligamente lassen sich dehnen.	Am 26. XI. 87 wird die hohe Cervix-amputation gemacht; nach der Operation kurz und geringe Temperaturerhöhung und Steigen der Pulsfrequenz. Etwas Spannung des Leibes, die nach erfolgtem Stuhlgang vergeht. Etwas spärlicher, weisser Ausfluss. Ureterfistel zeitweise viel Eiweiss im Urin. Am 28. XII. 87 wird sie entlassen, am 12. III. 88 stellt sie sich wieder vor. 6 Wochen nach der Entlassung wohl, dann starke Schmerzen im Kreuz u. Leib. Klagt über Mattigkeit, Schlaflosigkeit u. Appetitlosigkeit. Regel jetzt 8 Tage anhaltend. Auf der Portio Hervorragungen, mit dem Paquelin behandelt und Jodoform. Am 23. III. entlassen.
der Vaginalportion eine kleine, gra- fühlende Prominenz, auf welcher der mit Wahrscheinlichkeit zu erkennen e beiderseits etwas straff, rechts wohl nds knotige Infiltration. Uterus frei rvix nicht verdickt. Eine Grube auf nden Parthie der Portio endet blind. ein mit sehr leicht blutenden Gra- setzter Krater. Sonde III passirt ihn r mikroskopischen Untersuchung et- men wird, ergiesst sich eine Menge ach Zersetzung riechendes Blut aus g, welche Sonde III 9 cm passirt. Uterus oder abgekapselter Raum t fraglich. Zuerst wird tamponirt; ehr nöthig. Nach der Untersuchung atio uteri nur minimal ausführbar sein.	Am 4. IV. 87 hohe Cervixamputation. Nach der Operation Patientin wohl, Leib nur auf Druck etwas empfindlich. Ausfluss in mässiger Menge. Temperatur wenig steigend, Pulsfrequenz zwischen 80—90. Etwas Kreuzschmerzen. Ausser etwas Stuhldrang keine Beschwerden mehr, die Wunde sieht gut aus. In der Umgebung der Narbe nirgends abnorme Härten. Am 4. V. 87 wird sie entlassen, fühlt sich vollkommen wohl, kein Ausfluss mehr.

